MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

DECLARACIÓN EMPRESARIAL O DEL RESPONSABLE DEL HOGAR FAMILIAR DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. También puede presentar un ejemplar firmado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social previa solicitud de cita previa en los teléfonos 901 10 65 70/ 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es*.

Importante : En el caso de empleadas de hogar, cumplimente <u>únicamente</u> los datos de la hoja ②

1. DATOS DE LA EMPRESA

D./D.ª	DNI - NIE - pasaporte	Cargo en la empresa
Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización (CCC)

Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta

Código postal	Localidad	Provincia

Teléfono de contacto	Correo electrónico

DECLARA que:

D.ª .....

☐ Trabajadora cta.ajena ☐ Socia trabajadora ☐ Trabajadora autónoma económicamente dependiente (TRADE) de esta empresa con núm. de Seguridad Social ..... y DNI-NIE- pasaporte .....

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo compatible con su estado(1):

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse son los siguientes:

3.- Se acompaña informe sobre estos particulares emitido por el servicio de prevención de la empresa, propio o concertado(2):

4.- En consecuencia, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha .....

..... , a ..... de ..... de 20.....

Firma y sello de la empresa

20170615

C-038 cas

(1) Declaración sobre la existencia o no de otro puesto compatible con su estado.

(2) Es obligatorio acompañar esta declaración con el informe del servicio de prevención propio de la empresa siempre que cuente con la especialidad preventiva de vigilancia de la salud, o por la entidad concertada que desarrolle para la empresa estas funciones preventivas de vigilancia de la salud.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE .....

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL HOGAR FAMILIAR DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS DEL/A EMPLEADOR/A

D./D.ª					DNI - NIE - pasaporte
En calidad de responsable del hogar familiar con núm. de Código de Cuenta de Cotización (CCC)					
Domicilio (calle, plaza …)		Número	Bloque	Escalera	Piso / Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		
Teléfono móvil	Teléfono fijo		Correo electrónico		

DECLARA que:

D.ª……

empleada de este hogar familiar con núm. de Seguridad Social …… y DNI-NIE- pasaporte……

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo compatible con su estado(1):

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse son los siguientes:

3.- En consecuencia, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha ……

20170615

…… , a …… de …… de 20……

Firma de el/la responsable del hogar familiar

C-038 cas

(1) Declaración sobre la existencia o no de otro puesto compatible con su estado.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE ……